

3.

Der Krebs des Uterushalses in seinen Anfangsstadien.

Von Prof. Hegar in Freiburg i. Br.

Jeder Arzt, welcher sich mit dem Krebs des Gebärmutterhalses zu befassen hat, und Gelegenheit dazu ist leider häufig genug vorhanden, wird sich die alte Frage wieder aufwerfen, wie wohl das Ding, welches er vor sich hat, im Anfang ausgesehen habe. Bei den pathologischen Anatomen kann man sich keinen Rath holen. Sie bekommen nur ein noch vorgerückteres Stadium zu Gesicht, als der Kliniker. Die Analogie mit anderen Körpertheilen kann nicht als maassgebend betrachtet werden. Die Schilderungen in den Lehrbüchern der Gynäkologie lassen sich unschwer als Constructionen erkennen, welche der Analogie und dem jedesmaligen schwankenden Standpunkt der theoretischen Anschauungen entnommen sind. Sie nehmen sich mit der gehörigen differentiellen Diagnose verbrämt ganz stattlich aus. Nur macht es einen eigenthümlichen Eindruck, wenn die Verfasser oft selbst sagen oder zu verstehen geben, dass sie das Anfangsstadium des Uebels nicht gesehen haben. Festgestellt ist, dass der Krebs des Uterushalses aus einer papillaren Wucherung seinen Anfang nehmen kann und bezüglich Beobachtungen sind hierüber vorhanden. Allein die bei Weitem grösste Zahl der Erkrankungen hat diesen Ursprung offenbar nicht. Die Mittheilung eines Falles im ersten Stadium möchte deshalb von Interesse sein, insbesondere als ein sehr ausgeprägtes klinisches Bild sich damit verband, welches man sonst nur bei ganz anderer Gewebsalteration findet. Ich schliesse diesem noch einige andere Beobachtungen an, welche zwar das Bild in vorgerückterem Stadium zeigen, allein doch noch nicht das Bild darstellen, welches man gewöhnlich zu Gesicht bekommt.

Krebsige Schwellung des Uterushalses mit Vorragen aus der Schamspalte, partieller Inversion der Scheide, vollständig ähnlich dem Allongement du col de l'utérus (Huguier).

Frau G., Multipara, 68 Jahre alt, verlor mit 43 Jahren ihre Menses ohne irgend welche Beschwerden. Sie war vollständig gesund bis vor einem Jahre, wo sie ein Gefühl von Druck im Unterleib, Abwärtsdrängen, Brennen in den Genitalien und zeitweise mässigen Blutabgang bemerkte. Seit 14 Tagen bemerkt Pat. einen Vorfall, welcher des Nachts nicht vollständig wieder zurücktritt. Dabei starke, ziehende Schmerzen im Kreuz und Hypogastrium, sobald die Kranke längere Zeit auf den Beinen ist.

Aus der erweiterten Schamspalte ragt etwa 3 Cm. weit ein cylindrischer Tumor vor mit einem Durchmesser von 5 Cm. An der Spitze befindet sich der querspaltige Muttermund, dessen nächste Umgebung eine flache Erosion zeigt, kaum so bedeutend, als man sie bei Katarrhen des Cervix vorfindet. Die Scheide ist theilweise invertirt. Vorn dringt der Finger auf 3, hinten auf 5 Cm. weit in den Blindsack derselben ein. Die Blase und der Mastdarm sind bei dem Vorfall unbetheiligt. Die Sonde geht auf 12 Cm. in den Uterus ein. In etwa 7 Cm. Entfernung vom

Äusseren Muttermund findet sich eine etwas schwieriger zu passirende Stelle, wohl das Orif. internum. Diesem entspricht auch die bimanuelle Untersuchung per vaginam, anum und Bauchdecken, welche den Hals enorm intumescirt, den Körper von annähernd normalen Dimensionen ergibt. Das Resultat der Untersuchung war ein solches, wie man es häufig bei gutartigen Hypertrophien des Uterushalses antrifft. Verdacht erregte es jedoch, dass das Uebel in so später Lebenszeit auftrat, besonders da kein Symptom einer früher vorhandenen Affection der Sexualorgane sich gezeigt hatte. Auffallend war ferner der Umstand, dass der Tumor sich verhältnissmässig weich anfühlte. Die Grenze zwischen supravaginalem Theil des Collum und Vaginalportion liess sich, wie leider in vielen ähnlichen Fällen, nur approximativ bestimmen. Ich schätzte die Länge der Vaginalportion auf etwa 2 Cm. In dieser Entfernung vom Orif. ext. wurde daher der Schnitt begonnen und dann trichterförmig weiter nach dem Lumen des Cervicalkanals zu excidirt. Hierbei fiel die Weichheit des Gewebes noch mehr auf. Die erste Vereinigung der Wunde durch Umsäumung der Halsschleimhaut mit dem äusseren Wundrand gelang nicht. Die Wunde zeigte lebhaftes, fungöse Wucherungen und wurde deshalb, nach nunmehr festgestellter mikroskopischer Diagnose mit dem *Ferrum candens* cauterisirt. Einige Wochen später verliess die Kranke das Hospital. Die Wunde zeigte eine normal granulirende Fläche von sehr verkleinertem Umfang und mässiger Eiterung. Leider konnte ich über das weitere Befinden der sehr entfernt wohnenden Kranken nichts Näheres erfahren.

Das Präparat hat vollständig die Form und Grösse einer gutartig hypertrophischen Vaginalportion. Die Geschwürsbildung, wenn man einen einfachen Epithelverlust so nennen kann, ist so gross, als man sie bei einfachen Katarrhen des Cervix häufig findet. Bei den klinischen Demonstrationen, bei welchen ich gutartige Hypertrophien zum Vergleich zeige, muss ich Acht haben, dass das Carcinom wieder in sein richtiges Glas zurückkommt. Die Consistenz ist auch an dem Spirituspräparat noch weich. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine ausserordentlich starke Bindegewebswucherung mit reichlicher Zellenproliferation; dazwischen einzelne eingestreute Epithelhaufen, einfach in Lücken des gewucherten Bindegewebes situiert, ohne selbständige alveoläre Begrenzung. Diese Nester finden sich in überwiegend grösserer Menge in den Partien des Präparats, welche von der freien Fläche entfernt lagen, sicher in derselben Menge in dem Gewebe, welches der *Mucosa* nicht angehört, als in dieser. Ein Ausgang von den Drüsen lässt sich nicht nachweisen und die Entwicklung der Papillen an der freien erodirten Fläche ist nicht bedeutender, als man sie bei anderen Erosionen auch findet.

Die folgenden Beobachtungen geben Bilder, welche den weiteren Verlauf des Uebels darstellen, obgleich nicht gesagt sein soll, dass nicht auch andere Entwicklungen und Uebergangsformen existiren.

F. S., Multipara, stets gesund, bemerkt seit der letzten Niederkunft im 43. Lebensjahre, dass die Menses stärker, lange dauernd und mit Schmerzen im Kreuz und Leib verbunden sind. Sie ist jetzt 55 Jahre alt. Seit einem halben Jahre erscheinen die Regeln, welche bis dahin regelmässig auftraten, in kürzeren Zwischenräumen. Auch in den Intervallen finden sich Blutabgänge. Sonstiger Ausfluss ist gering und ohne besonderen Geruch. Die Frau ist blutleer. *Port. vaginalis* steht

nach vorn, hintere Lippe gleichmässig geschwellt, verlängert, breit und dick, nirgends höckerig, mit vollständig intacter Schleimhaut, ausgenommen eine Stelle. In der Mitte am Rande des querspaltigen Muttermundes erhebt sich etwa 2—3 Mm. über das Niveau eine lebhaft rothe, himbeerartige, etwa $1\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser haltende Wucherung mit granulirter Oberfläche, welche einen graulichen, eitrigen Schleim absondert. Die vordere Lippe ist kurz, verdünnt, scharfrandig und legt sich wie ein Saum auf die Anschwellung der hinteren Lippe auf. Der Uteruskörper ist in mässiger Retroversion durch das hintere Scheidengewölbe zu betasten. Er ist vergrössert, weich, schmerzhaft gegen Druck. Der Vorschlag eines operativen Eingriffs wurde nicht acceptirt. Die Kranke starb etwa $\frac{3}{4}$ Jahre später. Sonst konnte ich über den weiteren Verlauf Nichts erfahren.

Diese Beobachtung bietet grosse Aehnlichkeit mit derjenigen, welche uns in dem trefflichen Werke: *Traité pratique des Maladies de l'Uterus etc.* par Boivin et Dugès p. 27. pl. 28. Fig. 1 u. 2 überliefert ist. Nur sitzt die Affection hier in der vorderen Lippe, hat eine mehr knollige Form und die fungöse Ulceration liegt entfernter vom Muttermund. An der carcinomatösen Natur des Uebels wird Niemand zweifeln, welcher die zweite Figur, den Zerfall der Anschwellung darstellend, betrachtet.

Frau R., 70jährige, aber sehr rüstige Bauersfrau, hat seit etwa einem halben Jahre Blutungen und fleischwasserähnlichen Ausfluss aus der Vagina. Die hintere Lippe bildet einen etwa wallnussgrossen Knollen, dessen nach dem querspaltigen Muttermund hin gerichtete Oberfläche ein buchtiges Geschwür mit fungösen Wucherungen von mässigem Umfang zeigt. Die vordere Lippe legt sich als dünner Saum auf den Tumor auf. Auch die höheren Partien der vorderen Cervicalwand zeigen keine Intumescenz. Der Uteruskörper ist klein und beweglich. Der hintere Knoten wird weggeschnitten, worauf man im supravaginalen Theil der hinteren Halswand einen zweiten, vom ersten ziemlich isolirten, kleineren Knollen fühlt. Ich entfernte auch diesen, soweit dies möglich war, mit Messer und Scheere und applicirte zur Destruction von Resten das *Ferrum candens*. Sehr wenig Reaction folgte auf den eingreifenden Act und die Kranke verliess 14 Tage später mit granulirender Wunde die Klinik.

Frau K., 53 Jahre alt, hat 3 Kinder geboren, das letzte vor 22 Jahren. Menses nach der letzten Niederkunft stets regelmässig, auch in den letzten Jahren, nicht copiös, 3 Tage dauernd. Seit einem halben Jahre wurde die Periode profuser und hielt länger an. Seit einem Vierteljahre beständig theils rein blutiger, theils bluttingirter, eitrig-jauchiger Ausfluss von üblem Geruch. Schmerzen werden nicht geklagt. Nur hat die Kranke das Gefühl, als ob sich etwas aus der Scheide hervordränge. Anämisches Aussehen. Klage über Kraftlosigkeit. Scheide weit und faltig. Port. vag. steht tief und nach vorn. Muttermund nach der Schoossfuge gerichtet, breit, klaffend. Beide Lippen enorm geschwellt, bilden einen ringförmigen Wulst von 5—6 Cm. Durchmesser. Dieser Wulst wird dem Muttermund zunächst durch die ectopierte, geschwellte, stark geröthete Cervicalmucosa gebildet. Weiter nach aussen gleicht die Oberfläche dem äusseren Aussehen nach der Scheidenschleimhaut. Schwierig ist die Entscheidung, welcher Theil der Vaginalportion und welcher der supravaginalen Partie des Collum angehört. Ich schätzte die

Länge des in die Vagina hereinragenden Tumors auf $2\frac{1}{2}$ Cm. Vom Ansatz des Scheidengewölbes an den Gebärmutterhals aus fühlte man weiter nach hinten einen stark verdickten Cervix, gelangte dann an einen Knickungswinkel, hinter welchem der mässig geschwellte Uteruskörper lag. Sämmtliche Theile zeigen einen nicht unbedeutenden Grad von Beweglichkeit. Nach Freilegung der Geschwulst durch Speculum und Hebel zeigte sich die linke Hälfte und zwar sowohl der innere Ueberzug des Wulstes, die geschwollene Cervicalmucosa, als auch die nach aussen gelegene Schleimhaut der Vaginalportion ohne alle Substanzverluste. Die rechte Hälfte dagegen zeigte ein tiefes, rissiges Geschwür nach allen Richtungen mit vorquellenden fungösen Wucherungen. Doch erstreckten sich die Substanzverluste fast ausschliesslich auf die ectropische Mucosa des Cervicalkanals und griffen nur wenig in die äussere Schleimhaut der Vaginalportion über, welche auch hier ihr blassrothes Ansehen bewahrte. Das Ganze glich einer Kartoffel oder faulen Frucht, deren Hülle an einer Stelle geplatzt ist, worauf der aufgelockerte Inhalt hervorquillt.

Die Exstirpation wurde versucht. Durch einen tief nach dem Cervicalkanal gelegten trichterförmigen Schnitt, welcher nach aussen etwa $2\frac{1}{2}$ Cm. oberhalb der tiefsten Partie der Geschwulst begann, wurde ein grosser Theil der Anschwellung excidirt. Allein an allen Stellen des zurückgebliebenen Gewebes quollen die zerfallenen Komedonen der Neubildung, wie kleine eitrige Würste hervor. Wiederholte Abtragungen, welche den supravaginalen Theil des Collum aushöhlten, führten zu keinem besseren Resultate. Die lebhafte Blutung stillte ich durch Umstechung. Vierzehn Tage später zeigte sich auf der vorderen Partie der Wunde eine haselnussgrosse Excrescenz, auf welche das Ferrum candens aufgesetzt wurde. Die Kranke hatte trotz des starken Eingriffs kaum geliebert. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine cancroide Structur mit weit vorgeschrittenem Zerfall.

Zum Schluss noch eine Bemerkung bezüglich differentieller Diagnose. In allen Lehrbüchern findet man die Angabe, dass eine harte, höckerige, knollige oder knotige Beschaffenheit der Vaginalportion das Anfangsstadium unseres Uebels charakterisire. Noch in dem neuesten Aufsatz über Carcinoma uteri von Gusselow (Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann No. 18) ist angeführt, dass die Diagnose verhältnissmässig einfach und leicht sei, wenn man in der Vaginalportion ein oder mehrere harte höckerige Knoten fühle, welche unter der intacten Schleimhaut liegen. Dies kann zu schweren Irrthümern führen. Dass die krebsige Schwellung eine vollständig gleichmässige sein kann, entweder blos eine Lippe oder beide ergreifend, ist hinlänglich bekannt. Aber weniger hervorgehoben ist, dass ganz gutartige Intumescenzen eine exquisit höckerige und knollige Form darbieten können in Verbindung mit harter Consistenz. Letzteres ist leicht erklärlich. Alte Bindegewebswucherungen fühlen sich meist hart an. Eine Ursache der knolligen Form vermochte ich darin aufzufinden, dass nur die zwischen alten, vernarbten, tieferen Einrissen der Muttermundlippen gelegenen Partien anschwellen, während die Narbensubstanz keinen Antheil zeigt. Begegnet man solchen Schwellungen zur Zeit des Klimax, sind papilläre Geschwürsbildungen, Störungen der Menses, Blutungen und Fluor albus vorhanden, so hat man einen ungemein verdächtigen Complex von Erscheinungen vor sich und kann sehr geneigt sein, Carcinom anzunehmen.